

BAB III

LAPORAN STUDI KASUS

A. Pengkajian Keperawatan

1. Identitas klien

Pengkajian dilakukan pada tanggal 08 Maret 2021 pada pukul 09.00 WIB. Klien masuk ke rumah sakit pada tanggal 07 Maret 2021. Nama klien insial Ny. C dengan Nomor Rekam Medis 259866. Klien berumur 48 tahun dirawat di Ruang Penyakit Dalam RSUD Mayjend. HM. Ryacudu Kotabumi Lampung Utara. Ny. C berjenis kelamin perempuan dan beralamat di Karang Kedempel dengan status perkawinan sudah cerai mati. Ny C menganut agama islam, dengan pendidikan terakhir adalah Sekolah Menengah Atas (SMA) dan bekerja sebagai Ibu Rumah Tangga (IRT), sumber biaya BPJS.

2. Sumber informasi (penanggung jawab)

Sumber informasi dari anak kandung klien yang bernama Ny. Z, berumur 26 tahun, pendidikan terakhir Sekolah Menengah Atas (SMA), pekerjaan Ibu Rumah Tangga (IRT), alamat Karang Kedempel.

3. Riwayat kesehatan masuk RS

Klien datang pada tanggal 07 Maret 2021 diantar oleh keluarganya ke UGD RSUD Mayjend. HM. Ryacudu Kotabumi dengan keluhan sesak napas, mengeluh pusing, tidak nafsu makan, dan keadaan umum lemah. Hasil pemeriksaan tanda tanda vital TD: 99/60 mmHg, N: 104x/menit, RR:

40x/menit, S: 36,7°C. Dilakukan pemasangan kateter IV dengan cairan RL 500 ml oleh perawat, dan dilakukan pemeriksaan laboratorium hemoglobin, dengan hasil Hb : 4,6 gr/dl.

4. Riwayat kesehatan saat pengkajian

a. Keluhan utama :

Klien mengeluh lemas meskipun hanya jalan ke kamar mandi, keluhan lemas semakin parah jika klien tidak makan, klien merasakan mudah lelah akhir akhir ini sejak 3 minggu sebelum masuk RS. Hal ini menyebabkan klien tidak dapat beraktifitas seperti biasanya.

b. Keluhan penyerta :

Klien mengatakan sesak napas dengan frekuensi 30 x/ menit, sesak datang tiba tiba saat atau setelah melakukan aktifitas, klien mengeluh pusing, konjungtiva anemis, CRT: > 3 detik, nadi teraba lemah, warna kulit pucat, turgor kulit menurun, nafsu makan menurun, membran mukosa pucat, akral klien teraba dingin, klien terpasang oksigen 4 lpm, Hb : 4,6 gr/dl.

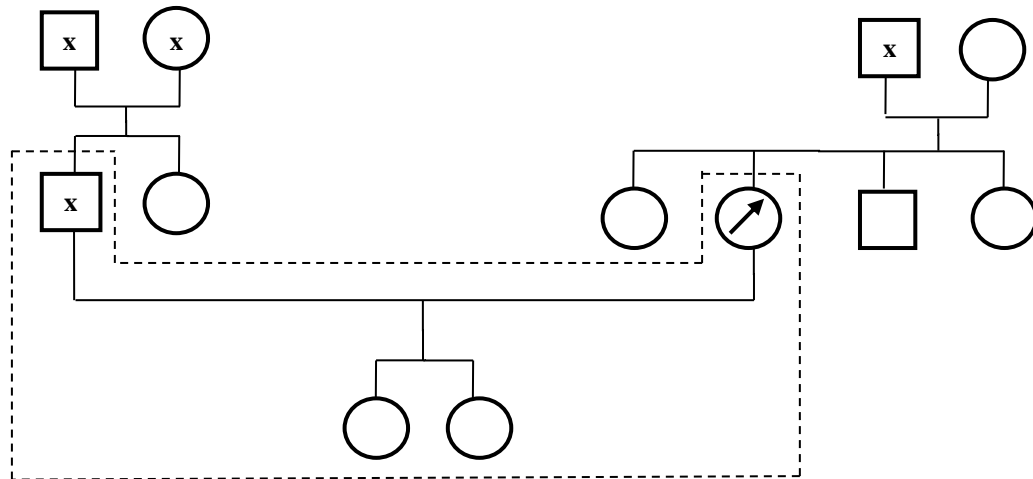
5. Riwayat kesehatan lain :

Klien memiliki riwayat penyakit kanker rahim sejak 1 tahun lalu dan sampai saat ini masih menjalani pengobatan, klien mengatakan memiliki riwayat penyakit asam lambung sejak 3 tahun yang lalu dan terkadang kambuh, klien tidak ada riwayat kecelakaan, klien tidak ada riwayat alergi.

6. Riwayat kesehatan keluarga

Gambar 3.1

Genogram Keluarga Ny. C



Keterangan :

- = Laki-laki
- = Perempuan
- ┌───┐ = Garis pernikahan
- ┌───┐ = Garis keturunan
- X** = Meninggal
- = Tinggal serumah
- ↗ = Klien

7. Riwayat psikososial – spiritual

Saat dilakukan pengkajian pasien tidak mengalami stres mengenai keuangan, keluarga, dan pekerjaan. Keluarga klien saling mendukung dalam hal apapun terlebih terhadap penyakit klien, dan klien selalu ditemani keluarga selama sakit. Klien sebelum sakit adalah pribadi yang baik dan selalu berkomunikasi dengan tetangga dengan baik, saat sakit klien jarang

berkomunikasi dengan tetangga dan lebih banyak menghabiskan waktu di dalam rumah sebelum dirawat di rumah sakit. Sistem nilai kepercayaan pasien tidak bertentangan dengan pengobatan medis.

8. Lingkungan

a. Rumah

Klien mengatakan lingkungan rumahnya bersih, rumah jauh dari pabrik, bebas dari polusi udara, dan tidak ada bahaya

b. Pekerjaan

Pekerjaan klien sebagai (IRT) lingkungan rumah klien bersih, tidak ada polusi udara, dan tidak berbahaya

9. Pola kebiasaan sehari – hari sebelum dan saat sakit

a. Pola nutrisi dan cairan

Klien mengatakan sebelum sakit jarang makan karena tidak nafsu makan, asupan klien melalui oral, frekuensi makan tidak menentu terkadang makan 2 kali sehari, 1 kali sehari. Saat sakit klien mengatakan nafsu makan masih tetap menurun, asupan makanan melalui oral, makan 3 kali sehari, klien hanya makan 5 sendok porsi makanan dari rumah sakit dengan diit bubur. Klien mengatakan tidak mengetahui ada penurunan atau penambahan berat badan karena tidak sering menimbang, bb terakhir 45 kg.

Klien mengatakan sebelum sakit asupan cairan melalui oral, jenis air putih, frekuensi minum 8 gelas sehari per 250 cc. Saat sakit asupan cairan klien oral dan parenteral, frekuensi minum 4 kali sehari, jenis air

putih dan cairan RL 500 ml 20 tpm, NaCl 0,9% 1000 ml 30 tpm / dan 200 ml 30 tpm.

b. Pola eliminasi

Klien mengatakan sebelum sakit BAK frekuensi 5 kali/hari dengan jumlah 1200 cc/ hari, warna urin kuning. Saat sakit klien mengatakan buang air kecil 2 kali / hari dengan jumlah 500 cc / hari ,warna urin kuning keruh dan bau khas urine.

Klien mengatakan sebelum sakit BAB 1 x/hari pada pagi hari , feses berwarna kuning dengan konsistensi lembek dan bau khas feses. Saat sakit klien BAB 3 x/seminggu.

c. Pola personal hygiene

Klien mengatakan sebelum sakit mandi 2 x / hari yaitu pagi dan sore hari, sikat gigi 2x/hari saat mandi, keramas 3 x/minggu semua kegiatan tersebut dilakukan mandiri oleh pasien. Saat sakit klien mandi hanya dilap, dan dibantu oleh keluarga.

d. Pola istirahat dan tidur

Sebelum sakit, lama tidur kurang lebih 8 jam, waktu siang hari (tidak sering) dan malam hari, kebiasaan sebelum tidur tidak ada, kesulitan pada tidur tidak ada. Saat sakit, lama tidur kurang lebih 4-5 jam, waktu siang dan malam hari, kebiasaan sebelum tidur tidak ada, klien sulit tidur klien mengatakan sulit tidur karna sesak napas,klien mudah terbangun , tidak puas tidur dan tampak lesu, mata klien tampak sayu.

e. Pola aktivitas dan latihan

Sebelum sakit, kegiatan dalam pekerjaan sebagai ibu rumah tangga

(IRT), tidak ada keluhan saat beraktivitas, tidak ada keterbatasan dalam gerak. Saat sakit, kegiatan dalam pekerjaan tidak ada, klien mengeluh sesak saat beraktivitas klien mengeluh lelah, aktivitas klien dibantu keluarga.

f. Pola persepsi dan manajemen kesehatan

Klien tidak mengetahui penyakitnya dan baru mengetahui penyakitnya sejak dirawat, tindakan keluarga adalah membawa klien ke RS, tidak ada kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan seperti merokok dan minuman keras.

10. Pengkajian fisik

a. Pemeriksaan umum

Kesadaran composmentis, GCS E4M6V5 tekanan darah 140/80 mmHg, nadi 80x/menit, pernafasan 30 x/menit, suhu 36,4°C, TB: 160 cm, BB: 45 kg

b. Sistem penglihatan

Posisi mata simetris, pergerakan bola mata normal, konjungtiva anemis, pupil isokor, tidak ada tanda radang, klien tidak memakai kaca mata.

c. Sistem pendengaran

Posisi telinga simetris, tidak ada tanda radang, tidak ada cairan dari telinga, fungsi pendengaran baik, tidak memakai alat bantu, tidak ada keluhan lain.

d. Sistem wicara

Klien tidak ada kesulitan dalam berbicara hanya sedikit pelan dan lemah saat berbicara.

e. Sistem pernafasan

Jalan nafas tidak ada hambatan, mengeluh nafas sesak, frekuensi 30 x/menit, tidak ada suara nafas tambahan, tidak batuk, klien menggunakan otot bantu nafas, klien terpasang oksigen.

f. Sistem kardiovaskuler

Nadi 111x/menit irama tidak teratur teraba lemah, temperatur kulit dingin, warna kulit pucat, CRT > 3 detik, denyut jantung abnormal 111x/menit, gambaran EKG menunjukkan sinus aritmia

g. Sistem neurologi

GCS E4M6V5 tidak ada kelainan reflek bisep, tidak ada kelainan reflek trisep, tidak ada kelainan reflek patella.

h. Sistem pencernaan

Keadaan mulut bersih, klien tidak kesulitan menelan, tidak ada nyeri pada daerah perut, bising usus hiperaktif

i. Sistem endokrin

Nafas tidak bau keton, tidak ada luka, tidak tremor, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.

j. Sistem urogenital

Tidak ada distensi kandung kemih, tidak menggunakan kateter, BAK normal.

k. Sistem integumen

Rambut bersih, kuku bersih, kulit bersih, tidak ada tanda perdarahan, kulit pucat.

l. Sistem mukuloskeletal

Klien tampak lemah, tidak ada fraktur ,tidak ada penggunaan alat bantu, klien mengalami penurunan kekuatan otot/kemampuan motorik. Anggota tubuh klien dapat digerakkan melawan gravitasi dan dapat pula menahan sedikit tahanan yang diberikan.

11. Pemeriksaan penunjang

1. EKG menggambarkan sinus aritmia
2. Pemeriksian Laboratoriun

Tabel 3.1

Hasil Pemeriksaan Laboratorium Ny. C di Ruang Penyakit Dalam RSUD Mayjend. HM. Ryacudu Kotabumi Lampung Utara tanggal 7 Maret 2021

No	Pemeriksaan	Hasil Tes	Nilai Normal
1	Hematologi Hemoglobin	4,6 gr/ dL	12-15 gr/ dL
2	Golongan darah	B	
3	Gula Darah GDS	151 mg/ dL	100-200 mg/dL
4	PO2	60 mmHg	70-100 mmHg

12.Penatalaksanaan

Tabel 3.2

Program Terapi Ny. C di Ruang Penyakit Dalam RSUD Mayjend. HM. Ryacudu Kotabumi Lampung Utara Tanggal 08 Maret-10 Maret 2021

08 Maret 2021	09 Maret 2021	10 Maret 2021
1. Terapi IVFD : RL 500 ml 20 tetes/menit NaCl 0,9% 200 ml 20 tetes/menit, 2. Terapi injeksi Ceftriaxone 2x1 g	1. Terapi IVFD : RL 500 ml 20 tetes/menit NaCl 0,9% 200 ml 20 tetes/menit 2. Terapi injeksi Ceftriaxone 2x1 g	1. Terapi IVFD : RL 500 ml 20 tetes/menit NaCl 0,9% 200 ml 20 tetes/menit 2. Terapi injeksi Ceftriaxone 2x1 g Ranitidine 2x1 mg

Ranitidine 2x1 mg 3. Terapi oral Emibion 2x1 tablet Etabion 1x1 tablet Sucralfate 3x1 4. Transfusi darah 1 kantong 200 cc	Ranitidine 2x1 mg 5. Terapi oral Emibion 2x1 tablet Sucralfate 3x1 c Etabion 1x1 tablet 4. Transfusi darah 1 kantong 200 cc	3. Terapi oral Emibion 2x1 tablet Sucralfate 3x1 c Etabion 1x1 tablet 4. Transfusi darah 1 kantong 200 cc
--	--	---

13. Data fokus

Tabel 3.3
Data fokus pada Ny. C di Ruang Penyakit Dalam RSUD Mayjend. HM. Ryacudu
Kotabumi Lampung Utara

Data Subjektif	Data Objektif
1	2
1. Klien mengeluh lemas 2. Klien mengeluh sesak nafas 3. Klien mengeluh lelah 5. Klien mengeluh pusing 6. Klien mengatakan tidak nafsu makan 7. Klien mengeluh sulit tidur karena sesak napas 8. Klien mengatakan dalam sehari tidur hanya 4,5 jam 9. Klien mengeluh tidak puas tidur dan mudah terbangun 10. Klien mengatakan di rumah jarang makan	1. Kulit klien tampak pucat 2. Nadi teraba lemah 4. Turgor kulit menurun 5. Membran mukosa pucat 6. Klien mandi dibantu oleh keluarga 8. Aktivitas klien dibantu keluarga 9. Klien hanya makan 5 sendok porsi makanan dari rumah sakit 10. Bising usus hiperaktif 11. Konjungtiva klien tampak anemis 12. Akral teraba dingin 13. CRT : > 3 detik 14. TTV Tekanan darah : 140/80 mmHg Nadi : 111x/menit Pernafasan : 30x/menit Suhu : 36,4°C 15. EKG menggambarkan sinus aritmia 16. Denyut jantung 111x/menit 17. Kekutan otot melemah tetapi dapat digerakkan melawan gravitasi dan dapat pula menahan sedikit tahanan yang diberikan. 18. Mata klien tampak sayu 19. Hasil laboratorium Hemoglobin : 4,6 gr/dl

1	2
	GDS : 151 mg/dl 20. Terapi injeksi Ceftriaxone 2x1 g Ranitidine 2x1 mg 21. Terapi oral Embion 2x1 tablet Etabion 1x1 tablet 22. Terapi IVFD RL 500 ml 20 tetes/menit NaCl 0,9% 20 tetes/menit 23. Transfusi darah 1 kantong/hari 24. Terpasang oksigen 4 lpm 25. PO2 60 mmHg

14. Analisa data

Tabel 3.4

Analisa Data pada Ny. C di Ruang Penyakit Dalam RSUD Mayjend. HM.
Ryacudu Kotabumi Lampung Utara

No	Data	Masalah	Etiologi
1	2	3	4
1	Data subjektif: 1. Klien mengeluh sesak nafas 2. Klien mengeluh pusing Data objektif : 1. Takikardia (denyut jantung 111x/menit) 2. Klien tampak pucat 3. Pernafasan : 30x/menit 4. Terpasang oksigen 4 lpm 5. PO2 60 mmHg	Gangguan Pertukaran Gas	Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi
2	Data subjektif : 1. Klien mengeluh lemas Data objektif : 1. Kulit klien tampak pucat	Perfusi Perifer Tidak Efektif	Penurunan konsentrasi hemoglobin

1	2	3	4
	<p>2. Akral teraba dingin</p> <p>3. Konjungtiva klien tampak anemis</p> <p>4. Nadi teraba lemah</p> <p>5. CRT : > 3 detik</p> <p>6. Hb : 4,6 gr/dl</p> <p>7. TTV Tekanan darah : 140/80 mmHg Nadi : 111x/menit Pernafasan : 30x/menit Suhu : 36,4°</p> <p>8. Terapi IVFD : RL 500 ml 20 tetes/menit NaCl 0,9% 200 ml, 20 tpm</p> <p>9. transfusi darah 1 kantong</p> <p>11 . Terapi injeksi Ceftriaxone 2x1 g Ranitidine 2x1 mg</p> <p>151 Terapi oral Etabion 1x1 tb</p>		
3	<p>Data subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengeluh sulit tidur karena sesak napas 2. Klien mengeluh tidak puas tidur dan mudah terbangun 3. Klien mengatakan dalam sehari tidur hanya 4,5 jam <p>Data objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mata klien tampak sayu 	Gangguan Pola Tidur	Kurangnya kontrol tidur
4	<p>Data subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengeluh lelah 2. Mengeluh sesak nafas <p>Data objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aktivitas klien dibantu keluarga 2. Pernafasan : 30x/menit 3. Kekuatan otot melemah tetapi dapat dipergunakan melawan gravitasi dan 	Intoleransi Aktivitas	Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

1	2	3	4
	dapat pula menahan sedikit tahanan yang diberikan 4. EKG menunjukka sinus aritmia		
5	Data subjektif : 1. Klien mengatakan tidak nafsu makan 2. Klien mengeluh lemas Data objektif : 1. Membran mukosa pucat 2. Klien hanya makan 5 sendok porsi makanan dari rumah sakit 3. Bising usus hiperaktif 4. Terapi oral Emibion 2x1 tablet	Defisit Nutrisi	Kurangnya asupan Makanan

B. Diagnosa Keperawatan

Masalah Keperawatan dari hasil analisa berdasarkan data yang ditemukan adalah sebagai berikut :

1. Gangguan Pertukaran Gas b.d Ketidakseimbangan ventilasi perfusi d.d klien mengeluh sesak nafas, klien mengeluh pusing, takikardi (denyut jantung 111x/menit, klien tampak pucat, pernapasan 30x/menit, terpasang oksigen 4 lpm.
2. Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin d.d klien mengeluh lemas, kulit klien tampak pucat, akral teraba dingin, konjungtiva klien tampak anemis, turgor kulit menurun, nadi teraba lemah, CRT: > 3 detik, Hb: 4,6 gr/dl, tekanan darah: 140/80 mmHg, nadi: 111x/menit, pernafasan: 30x/menit, suhu: 36,4°C, transfusi darah 1

kantong/hari 200 cc, terapi injeksi Ceftriaxone 2x1 g, Ranitidine 2x1 mg.

3. Defisit Nutrisi b.d kurangnya asupan makanan d.d klien mengatakan tidak nafsu makan, klien mengeluh lemas karena jarang makan saat di rumah, membran mukosa pucat, klien hanya makan 5 sendok porsi makanan dari rumah sakit, bising usus hiperaktif, terapi oral Emibion 2x1 tablet.
4. Intoleransi Aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen d.d klien mengeluh lelah, mengeluh sesak nafas, aktivitas klien dibantu keluarga, EKG menunjukkan sinus aritmia.
5. Gangguan Pola Tidur b.d kurangnya kontrol tidur d.d klien mengeluh sulit tidur karena sesak napas, klien mengeluh tidak puas tidur dan mudah terbangun, klien mengatakan dalam sehari tidur hanya 4,5 jam, mata klien tampak sayu.

C. Rencana Keperawatan

Dari prioritas diagnosa keperawatan akan dibuat rencana keperawatan untuk 3 diagnosa keperawatan yang akan di implementasikan ke pada klien, yaitu sebagai berikut:

Tabel 3.5
Rencana Keperawatan Dengan Gangguan Kebutuhan Oksigenasi pada kasus Anemia Terhadap Ny. C di Ruang Penyakit Dalam
RSUD Mayjend HM. Ryacudu Tanggal 08 Maret-10 Maret 2021

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan (SLKI)	Rencana Tindakan (SIKI)
1	2	3	4
1	<p>Gangguan Pertukaran Gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi</p> <p>Data subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengeluh pusing 2. Klien mengeluh sesak napas <p>Data objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Takikardia (denyut jantung 111x/menit) 2. Klien tampak pucat 3. Pernafasan : 30x/menit 4. Terpasang oksigen 4 lpm 	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam diharapkan Pertukaran Gas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispnea menurun 2. Takikardia menurun 3. Pusing menurun 4. Warna kulit menurun 	<p>Pemantauan Respirasi (I.0014)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman napas 2. Monitor pola napas <p>Terapi Oksigen (I.01026)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kecepatan oksigen 2. Monitor posisi alat terapi oksigen 3. Monitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan fraksi yang diberikan cukup <p><i>Teraupetik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan kepatenan jalan napas

1	2	3	4
2	<p>Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin</p> <p>Data subjektif :</p> <p>-</p> <p>Data objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kulit klien tampak pucat 2. Akral teraba dingin 3. Konjungtiva klien tampak anemis 4. Turgor kulit menurun 5. Nadi teraba lemah 6. CRT : > 3 detik 7. Hb : 4,6 gr/dl 8. TTV tekanan darah : 140/80 mmHg, nadi: 80x/menit, pernafasan: 30x/menit, suhu : 36,4°C, 9. transfusi darah 1 kolf/hari, 10. terapi injeksi Ceftriaxone 2x1 g, Ranitidine 2x1 mg 	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam diharapkan Perfusi Perifer meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan nadi perifer meningkat 2. Warna kulit pucat menurun 3. Pengisian kapiler membaik 4. Akral membaik 5. Turgor kulit membaik 6. Keluhan lemas menurun 8. Hb meningkat 9. Konjungtiva membaik 	<p>Perawatan Sirkulasi (I.02079)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa sirkulasi perifer (nadi perifer, pengisian kapiler, warna) 2. Identifikasi faktor gangguan sirkulasi 3. Pantau TTV (nadi,pernapasan,suhu,saturasi oksigen) <p>Manajemen Cairan (I.03098)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (hemoglobin) <p><i>Teraupetik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan asupan cairan, sesuai kebutuhan 2. Berikan cairan intravena <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat 2. Pemberian produk darah

1	2	3	4
3	<p>Defisit Nutrisi berhubungna dengan kurangnya asupan makanan</p> <p>Data Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan tidak nafsu makan atau nafsu makan menurun 2. Klien mengeluh lemas karena jarang makan saat di rumah <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membran mukosa pucat 2. Klien hanya makan 5 sendok porsi makanan dari rumah sakit 3. Bising usus hiperaktif 4. Terapi oral Embion 2x1 tablet 5. Terapi oral Etabion 1x1 	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam diharapkan Status Nutrisi membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat 2. Nafsu makan membaik 3. Bising usus membaik 4. Membran mukosa membaik 	<p>Manajemen Nutrisi (I.03119)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor asupan makanan <p><i>Teraupetik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan suplemen makanan <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan diet yang diprogramkan <p>Pemantauan Nutrisi (I.03123)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi faktor yang mempengaruhi asupan gizi 2. Identifikasi pola makan

D.Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Dari rencana keperawatan yang telah dibuat akan dilakukan implementasi serta evaluasi terhadap klien, yaitu sebagai berikut :

Tabel 3.6
Catatan Perkembangan Keperawatan Pasien Terhadap Ny. C Dengan Diagnosa Medis Anemia di Ruang Penyakit Dalam RSUD
Mayjend HM. Ryacudu Tanggal 08 Maret-10 Maret 2021

No. Dx	Implementasi	Evaluasi
1	2	3
1	<p>Tanggal : 08 Maret 2021 Pukul: 09.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor frekuensi, irama, kedalaman napas 2. Memonitor pola napas <p>Pukul : 09.40 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Memberikan oksigen 4 lpm 4. Memonitor kecepatan oksigen 5. Memonitor posisi alat terapi oksigen 6. Memonitor aliran oksigen secara periodik fraksi yang diberikan cukup 7. Mempertahankan kepatenan jalan napas 	<p>Tanggal : 08 Maret 2021 Pukul: 09.40 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan masih merasakan sesak saat hendak ke kamar mandi 2. Klien mengatakan masih mengeluh pusing saat bangun dari tempat tidur <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi napas klien 30x/menit, irama tidak teratur, kedalaman dangkal 2. Pola napas klien tampak cepat <p>Pukul : 09.55 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kecepatan oksigen klien 4 liter per menit 2. Alat nasal kanul klien terpasang rapi 3. Aliran oksigen yang diberikan kepada klien cukup 4. Tidak ada hambatan jalan napas <p>A : Gangguan Pertukaran Gas (Masalah belum teratasi)</p>

1	2	3
		<p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman napas 2. Monitor pola napas 3. Monitor kecepatan oksigen 4. Monitor posisi alat terapi oksigen <p style="text-align: right;">Nur Tasya</p>
2	<p>Tanggal : 08 Maret 2021</p> <p>Pukul 10. 00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memeriksa sirkulasi perifer : frekuensi nadi, kekuatan nadi, pengisian perifer 2. Mengidentifikasi faktor gangguan sirkulasi 3. Memantau TTV : tekanan darah, suhu, pernapasan <p>Pukul : 10.15 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Memonitor hasil pemeriksaan laboratorium : hemoglobin <p>Pukul : 12.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Memberikan cairan IV isotonis NaCl 0,9% 200 ml 20 tpm 6. Memberikan terapi obat obatan sesuai dengan anjuran dan menerapkan prinsip enam benar pemberian obat inj.Ceftriaxone 2x1 g inj.Ranitidine 2x1 mg 7. Memberikan produk darah 1 kantong 200 cc 	<p>Tanggal : 08 Maret 2021</p> <p>Pukul : 10.15 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan masih mengeluh lemas <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien masih tampak pucat 2. Akral masih teraba dingin 3. Konjungtiva klien masih tampak anemis 4. Nadi masih teraba lemah 5. CRT > 3 detik 6. Turgor kulit klien masih menurun <p>Hasil pemeriksaan TTV</p> <p>TD : 140/80 mmHg</p> <p>N : 111 x/menit</p> <p>S : 36,4°C</p> <p>RR : 30 x/menit</p> <p>Pukul : 10.20WIB</p> <p>Hasil Hb : 4,6 gr/dl</p>

1	2	3
		<p>Pukul : 13. 30WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terpasang cairan IV isotonis NaCl 0,9% 200 cc 30tpm 2. Tidak ada tanda tanda alergi obat 3. Tidak ada tanda tanda alergi setelah pemberian produk darah <p>A : Perfusi Perifer Tidak Efektif (Masalah belum teratasi)</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa sirkulasi perifer 2. Pantau TTV 3. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (hemoglobin) 4. Berikan asupan cairan, sesuai kebutuhan 5. Berikan cairan intravena 6. Kolaborasi pemberian obat <p style="text-align: right;">Nur Tasya</p>
3	<p>Tanggal : 8 Maret 2021</p> <p>Pukul : 10.35 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi faktor yang mempengaruhi asupan gizi 2. Memonitor asupan makanan 3. Mengajarkan diet yang diprogramkan : makan sedikit tapi sering <p>Pukul : 12.00 WIB</p>	<p>Tanggal : 8 Maret 2021</p> <p>Pukul : 10.45 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan masih tidak nafsu makan dan masih lemas 2. Klien mengatakan akan mengikuti program diet yang disarankan

1	2	3
	<p>4. Memberikan obat sesuai resep dokter Emibion 2x1 tablet</p> <p>5. Memberikan suplemen makan Etabion 1x1 tablet</p>	<p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membran mukosa klien tampak pucat 2. Bising usus hiperaktif 3. Klien menghabiskan makanannya 6 sendok suapan <p>A : Defisit nutrisi (Masalah belum teratasi)</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor asupan makanan 2. Berikan suplemen makanan 3. Identifikasi pola makan <p style="text-align: right;">Nur Tasya</p>

Tabel 3.7
 Catatan Perkembangan Keperawatan Pasien Terhadap Ny. C Dengan Gangguan Kebutuhan Oksigenasi Pada kasus Anemia
 Terhadap di Ruang Penyakit Dalam RSUD Mayjend HM. Ryacudu Tanggal 08 Maret-10 Maret 2021

No. Dx	Implementasi	Evaluasi
1	2	3
1	<p>Tanggal : 09 Maret 2021</p> <p>Pukul : 09.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor frekuensi, irama, kedalaman napas 2. Memonitor pola napas 3. Memonitor kecepatan oksigen dan memberikan aliran oksigen 3 liter per menit 4. Memonitor posisi alat terapi oksigen 	<p>Tanggal : 09 Maret 2021</p> <p>Pukul : 09.40 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan sesak mulai berkurang 2. Klien mengatakan keluhan pusing sedikit berkurang <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi napas klien 25x/ menit, irama mulai teratur, kedalaman napas klien masih tampak dangkal 2. Pola napas klien tampak cepat 3. Klien terpasang oksigen 3 liter per menit 4. Posisi alat terapi oksigen rapi dan sesuai <p>A : Gangguan Pertukaran Gas (Masalah teratasi sebagian)</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman napas 2. Monitor pola napas 3. Monitor kecepatan oksigen

1	2	3
2	<p>Tanggal : 09 Maret 2021</p> <p>Pukul : 10.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> Memeriksa sirkulasi perifer : tekanan nadi, kekuatan nadi, pengisian perifer Memantau TTV : tekanan darah, suhu, pernapasan <p>Pukul : 10.15 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> Memonitor hasil pemeriksaan laboratorium : hemoglobin Memberikan cairan IV isotonis NaCl 0,9% 200 ml 30 tpm <p>Pukul : 12.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> Memberikan terapi obat-obatan sesuai dengan perintah dan menerapkan prinsip enam benar pemberian obat inj.Ceftriaxone 2x1 g inj.Ranitidine 2x1 mg Memberikan produk darah 1 kolf 	<p>Tanggal : 09 Maret 2021</p> <p>Pukul : 10.15 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mengatakan masih mengeluh lemas <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien masih tampak pucat Akral masih teraba dingin Konjungtiva klien masih tampak anemis Nadi masih teraba lemah CRT > 3 detik Turgor kulit klien sedikit membaik <p>Hasil pemeriksaan TTV</p> <p>TD : 108/69 mmHg</p> <p>N : 102x/menit</p> <p>S : 36,5°C</p> <p>RR : 25 x/menit</p> <p>Pukul : 10.20 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> Hb : 5,6 gr/dl (meningkat) <p>Pukul : 13.45 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> Terpasang cairan IV isotonis NaCl 0,9% 200 cc 30 tpm Tidak ada tanda-tanda alergi obat Tidak ada tanda-tanda alergi setelah pemberian produk darah <p>A : Perfusi Perifer Tidak Efektif (Masalah teratasi sebagian)</p>

1	2	3
		<p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Periksa sirkulasi perifer 8. Pantau TTV 9. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (hemoglobin) 10. Berikan asupan cairan, sesuai kebutuhan 11. Berikan cairan intravena 12. Kolaborasi pemberian obat <p style="text-align: right;">Nur Tasya</p>
3	<p>Tanggal : 9 Maret 2021</p> <p>Pukul : 11.35 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor asupan makanan 2. Mengajarkan diet yang diprogramkan : makan sedikit tapi sering 3. Mengidentifikasi pola makan <p>Pukul : 12.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Memberikan obat sesuai resep dokter Emibion 2x1 tablet 5. Memberikan suplemen makanan Etabion 1x1 tablet 	<p>Tanggal : 9 Maret 2021</p> <p>Pukul : 12.40 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan nafsu makan mulai membaik 2. Klien mengatakan sudah mengikuti program diet yang disarankan yakni makan sedikit tapi sering <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membran mukosa klien mulai membaik 2. Bising usus sedikit membaik 3. Klien menghabiskan makanannya ½ piring porsi makan <p>A : Defisit nutrisi (Masalah teratasi sebagian)</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor asupan makanan 2. Berikan suplemen makanan <p style="text-align: right;">Nur Tasya</p>

Tabel 3.8
Catatan Perkembangan Keperawatan Pasien Terhadap Ny. C Dengan Gangguan Kebutuhan Oksigenasi di Ruang Penyakit Dalam
RSUD Mayjend HM. Ryacudu Tanggal 08 Maret-10 Maret 2021

1	2	3
1	<p>Tanggal : 10 Maret 2021</p> <p>Pukul :14.10 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Memonitor frekuensi, irama, kedalaman napas 2. Memonitor pola napas 3. Memonitor kecepatan oksigen 	<p>Tanggal : 10 Maret 2021</p> <p>Pukul : 14.20 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan sudah tidak sesak 2. Klien mengatakan sudah tidak pusing <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi napas klien 20x/menit, irama mulai teratur, kedalaman norm 2. Pola napas klien normal 3. Klien sudah tidak memakai oksigen <p>A : Gangguan Pertukaran Gas (Masalah Teratasi)</p> <p>P : Hentikan Intervensi</p> <p style="text-align: right;">Nur Tasya</p>
2	<p>Tanggal : 10 Maret 2021</p> <p>Pukul : 14.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memeriksa sirkulasi perifer : tekanan nadi, kekuatan nadi, pengisian perifer 	<p>Tanggal : 10 Maret 2021</p> <p>Pukul : 15.00 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan keluhan lemas masih, tetapi jauh lebih

1	2	3
	<p>2. Memantau TTV : tekanan darah, suhu, pernapasan Pukul : 15.00 WIB</p> <p>1. Memonitor hasil pemeriksaan laboratorium : hemoglobin</p> <p>2. Memberikan cairan IV isotonis NaCl 0,9% 200 ml 30 tpm Pukul : 15.30 WIB</p> <p>1. Memberikan produk darah 1 kantong 200 cc</p>	<p>Membaik</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien masih sedikit tampak pucat 2. Akral teraba hangat 3. Konjungtiva klien masih sedikit tampak anemis 4. Nadi masih teraba lemah 5. CRT : 2 detik 6. Turgor kulit klien sedikit membaik <p>Hasil pemeriksaan TTV TD : 102/73 mmHg N : 80 x/menit S : 36,5°C RR : 20 x/menit</p> <p>Pukul : 15.15 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Hb : 6,9 gr/dl (meningkat) 8. Terpasang cairan IV isotonis NaCl 0,9% 200 ml 30 tpm <p>Pukul : 15.45 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Tidak ada tanda tanda alergi setelah pemberian produk darah dan tidak muncul efek samping setelah pemberian produk darah <p>A : Perfusi Perifer Tidak Efektif (Masalah teratasi sebagian)</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa sirkulasi perifer 2. Pantau TTV

1	2	3
		<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (hemoglobin) 2. Berikan asupan cairan, sesuai kebutuhan 3. Berikan cairan intravena 4. Kolaborasi pemberian obat <p style="text-align: right;">Nur Tasya</p>
3	<p>Tanggal : 10 Maret 2021</p> <p>Pukul : 17.20WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor asupan makanan 2. Mengidentifikasi pola makan <p>Pukul : 18.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Memberikan obat sesuai resep dokter Emibion 2x1 tablet 4. Memberikan suplemen makanan Etabion 1x1 tablet 	<p>Tanggal : 10 Maret 2021</p> <p>Pukul : 17.23 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan nafsu makan sudah membaik dan frekuensi makan meningkat <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membran mukosa klien membaik 2. Bising usus normal 3. Klien menghabiskan makanannya yang di berikan dari rumah sakit <p>A : Defisit nutrisi (Masalah teratasi)</p> <p>P : Hentikan intervensi</p> <p style="text-align: right;">Nur Tasya</p>